Rok LII. Kraków, dnia 28 czerwca 1913. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Kazańskiego (Dyrektor Prof. Dr Witold Orłowski)

W sprawie leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową.[1])

Podał

Prof. Dr **Witold Orłowski.**

Komu chociażby raz w życiu zdarzyło się być świadkiem tego burzliwego i ciężkiego obrazu klinicznego, który przedstawia chory na gruźlicę płuc podczas powikłania choroby rozległą samorodną odmą piersiową, ten bezwątpienia uzna zrazu za niedorzeczną samą myśl o możliwości leczenia gruźlicy płuc odmą piersiową. Przedstawmy sobie w samej rzeczy chorego na gruźlicę płuc, który raptownie wśród względnie znośnego stanu zapada w chwili powstania odmy na straszną duszność, nie zmniejszającą się, lecz przeciwnie rosnącą z każdym głębszym wdechem, dochodzącą do stopnia istotnego głodu powietrza, chorego, u którego jednocześnie następuje ogromny upadek czynności serca, znaczna sinica i bardzo często silne bóle w boku, chorego, który odrazu zostaje posunięty nad brzeg mogiły... Czyż wobec tego obrazu, świadczącego o zaciętej walce chorego między życiem a śmiercią, w zależności od powikłania odmą jego gruźlicy płucnej, zasługuje na uwagę polecenie odmy piersiowej, jako metody leczniczej dla gruźlicy płuc? Czyż wobec tego należy się dziwić, że nie zbudziły żadnego oddźwięku dowodzenia Carsona ([1]) przed 91 laty o dodatnim wpływie ucisku płuc na ich chorobowe sprawy, jakkolwiek dowodzenia te nie były gołosłowne, lecz oparte na doświadczeniach z odmą piersiową na królikach. Taki los spotkał i dowodzenia Ramagde([1]) w r. 1834, który twierdził, że »wszelka metoda, zdolna wywołać zapadnięcie się ścian jam płucnych i przez to sprzyjająca ich zabliźnieniu się, jest metodą leczniczą par excellence«. Jego nieustanne nawoływania o leczniczem działaniu ucisku płuc na ich schorzenia pozostały głosem wołającego na puszczy, chociaż swój pomysł udowodniał on nawet spostrzeżeniami. Gdy zaś w r. 1881 Hérard ([1]) na Zjeździe w Algeryi wygłosił zdanie, że w pierwszym i drugim okresie gruźlicy płuc ucisk płuc powietrzem, które przedostało się do jamy opłucnej, zatrzymuje rozwój gruzełków, a w trzecim, wywołując zbliżenie się ścian jam płucnych, doprowadza do ich zabliźnienia, to zdanie to wywołało energiczne protesty i ironiczną uwagę jednego z obecnych członków Zjazdu, że, jeśli zdanie Hérarda jest słuszne, obowiązkiem każdego lekarza jest wywoływać u chorych gruźliczych sztucznie odmę piersiową po tej stronie, gdzie zmiany są silniej zaznaczone; »można sobie wyobrazić« — dodał tenże członek Zjazdu — »fatalne skutki takiego postępowania, przedstawiającego logiczny wynik nauki o pomyślnym wpływie odmy piersiowej na suchoty płuc«. Tylko uporczywości Forlaniniego i pracom Brauera zawdzięczamy zmianę w zapatrywaniach na odmę samorodną i sztuczną i ich wpływ na przebieg gruźlicy płucnej. Tylko dzięki im rozpoczęła się krytyczna praca nad odmą piersiową, jako metodą leczniczą suchot płucnych.

Stojąc na punkcie widzenia Celsusa, że »jedynie doświadczenie, lecz nie książkowa mądrość wyrabia lekarza«, wstąpiła na drogę badania leczniczej doniosłości odmy piersiowej przy gruźlicy płuc również zarządzana przezemnie klinika chorób wewnętrznych Uniwersytetu Kazańskiego. Nie mam zamiaru podawać tutaj metodyki, którą stosujemy w klinice, ani też opisywać szczegółowo naszych spostrzeżeń, te dane bowiem stanowią treść odczytu asystenta kliniki Doc. Fofanowa i będą przez niego w swoim czasie podane również na szpaltach czasopism lekarskich. Mam na myśli zadanie skromniejsze, mianowicie, chcę na mocy danych piśmienniczych, jak również spostrzeżeń z mej kliniki i spostrzeżeń, poczynionych przezemnie przy zwiedzaniu sanatoryów i klinik zagranicznych, przedstawić tutaj obecny stan sprawy o bliższych i dalszych wynikach leczenia suchot płucnych sztuczną odmą piersiową, o wskazaniach, przeciwwskazaniach i powikłaniach przy tem leczeniu. Tą drogą mam zamiar wykazać, że w nauce o leczeniu gruźlicy sztuczną odmą piersiową jest jeszcze bardzo dużo spraw i pytań nierozstrzygniętych. Wyjaśnienie tego stanu rzeczy zdaje mi się bardzo na czasie w obecnej chwili, gdy leczenie suchot płucnych sztuczną odmą piersiową znajduje coraz więcej zwolenników i przez niektórych badaczy (np. Doc. Rubel ([2]) jest gorąco polecane już nietylko dla klinik i szpitali, lecz i dla każdego lekarza praktyka, nawet pracującego gdziekolwiek w zakątku.

Przy prawidłowem prowadzeniu omawianego leczenia wyniki unieruchomienia chorego płuca występują już w pierwszych dniach. Najwybitniej przejawia się ta okoliczność na

[1]) Wygłoszono w Towarzystwie lekarskiem w Kazaniu 24. I. (6/II.).

ciepłocie ciała: nawet gorączka trawiąca w przypadkach niepowikłanych spada szybko nieraz do poziomu prawidłowego lub w każdym razie znacznie się obniża, podnosząc się znowu, gdy ucisk płuca się zmniejsza wskutek wchłaniania się azotu. W pierwszych dniach po wprowadzeniu azotu ciepłota zresztą czasami się podnosi, nieraz bardzo znacznie. Tak np. u jednego z naszych chorych z gruźlicą prawego płuca ciepłota, która wahała się przedtem między 37^0 a 38^0, po pierwszem wprowadzeniu 1130 cm^3 azotu podniosła się ku wieczorowi tegoż dnia do $40{\cdot}2^0$ i doszła do pierwotnych liczb $37-37{\cdot}3^0$ dopiero na dziewiąty dzień; ponowne wprowadzania azotu w celu otrzymania zupełnego ucisku płuca wywoływały każdorazowo również nasilenie ciepłoty, coprawda, coraz mniejsze (od $38{\cdot}4^0$ do $37{\cdot}2^0$). U drugiego chorego po pierwszem wprowadzeniu 1250 cm^3 azotu ciepłota podniosła się do 39^0, po drugiem w ilości 1000 cm^3 do $39{\cdot}6^0$, po trzeciem w ilości 750 cm^3 do $40{\cdot}7^0$; po tem nasileniu ciepłota szybko zaczęła się obniżać i wszystkie następne wprowadzania azotu nie sprowadzały już więcej podniesienia ciepłoty, jakkolwiek nam dotychczas nie udało się osiągnąć zupełnego zapadnięcia się jamy w górnym płacie chorego płuca.

Podobny wpływ wprowadzania azotu do opłucnej przy gruźlicy płuc, zależy prawdopodobnie od silnego wchłaniania się do ustroju jadów gruźliczych, wyciskanych z zajętego gruźlicą płuca. Jednocześnie z obniżeniem ciepłoty tętno już to się zwalnia do granic prawidłowych, już to się obniża do 72—80. Kaszel w pierwszych dniach czasami się nasila, następnie zaś zmniejsza się, ilość plwociny pierwotnie czasami zwiększa się dość znacznie, potem plwociny ubywa i wreszcie znika ona zupełnie. Włókna sprężyste i laseczniki gruźlicze co do ilości ulegają tym zmianom, co i ilość plwociny. Zupełne znikanie laseczników Kocha następuje zwykle nie wcześniej, niż po 1—2-miesięcznym ucisku płuca O ile doniosłym jest wpływ unieruchomienia płuc na laseczniki, najlepiej dowodzi statystyka Saugmana (3). Badacz ten przy zwykłem leczeniu sanatoryjnem gruźlicy płuc, nawet w połączeniu z tuberkulinowem, w ciągu 10 lat spostrzegał znikanie w plwocinie prątków Kocha zaledwie u 25% wszystkich chorych wszystkich okresów, przy stosowaniu zaś leczenia sztuczną odmą piersiową u 50% ciężkich chorych trzeciego okresu. Oprócz przed chwilą przytoczonych wyników bezpośredniego wpływu na ustrój sztucznej odmy piersiowej, które czasami spostrzegaliśmy nawet przy niezupełnym ucisku chorego płuca u chorych na gruźlicę płuc, usuwa ona nieraz jednocześnie również objawy dyspeptyczne, zależne od zatrucia krwi jadami gruźliczymi, wreszcie nieraz znacznie polepsza stan podmiotowy chorego. Zaznaczę jeszcze, że u jednego z naszych chorych każde wprowadzenie azotu do jamy opłucnej wywoływało początkowo nasilenie lub zjawienie się potów nocnych, które znikały po kilku dniach. U drugiej z naszych chorych każde wprowadzenie azotu w tym czasie, gdy osiągnęliśmy znaczny ucisk zajętego gruźlicą płuca, wywoływało silny ból głowy, który za każdym razem trwał przez dwa dni.

W dalszym ciągu leczenia w przypadkach pomyślnych stan chorego, który zdawał się być już beznadziejnym, polepsza się czasami coraz więcej i sprawa może wreszcie skończyć się zupełnem wyzdrowieniem chorego. Tu należą przypadki Forlaniniego (4), Denekego (5), Brauera i Spenglera (6), Burckhardta (7), Bochalli (10), Braunsa (11) i innych, stwierdzone dalszem spostrzeganiem lub pośmiertnem badaniem zwłok. Brauer i Spengler (8) jako skutek stosowania omawianej metody w 40 ciężkich przypadkach suchot u chorych, którzy przedtem bardzo starannie i długo leczyli się w uzdrowiskach, otrzymali w 45% bardzo dobre wyniki, mianowicie chorzy tej kategoryi, pomimo to, że sztuczna odma piersiowa w chwili ogłoszenia omawianych wyników znikła u nich już przed $^1/_2$—$1^1/_2$ laty, »czują się dobrze, prowadzą tryb życia ludzi zdrowych, plwociny nie odkrztuszają lub bardzo niewiele i bez prątków, jakkolwiek przed wytworzeniem odmy rokowanie u tych chorych było bardzo złe«; w 17,5% wynik był dobry, mianowicie, »ciężka postępująca gruźlica płuc z nader obfitą plwociną przeistoczyła się w zupełnie stałą postać z niewielką, czasami nawet bardzo skąpą ilością plwociny, która jednak stale lub czasowo zawiera prątki gruźlicze«; w 15% spostrzeżeń tych badaczy wyniki były zadowalniające; do tej kategoryi należy 6 przypadków, lecz tylko u jednego z tych chorych odma była dość duża, u reszty zaś 5 udało się stwierdzić zaledwie nieznaczną odmę piersiową lub odmę zrostów opłucnych; wreszcie, w 15% wynik był niezadowalniający, a w $7^1/_2$%, więc u 3 z ogólnej liczby 40 chorych nastąpiło zejście śmiertelne. Delbet (9) stosował sztuczną odmę piersiową u 100 chorych na ciężką gruźlicę płuc z jamami i otrzymał u 13 zupełne wyzdrowienie, u 7 prawie wyleczenie, u 27 znaczną poprawę, u 25 zatrzymanie się sprawy chorobowej, u 21 nastąpiła śmierć, lecz Delbet nie może przypisać jej odmie, u 7 wreszcie nie udało się wywołać odmy.

Jeżeli więc takie spostrzeżenia dowodzą, że w szeregu zdawałoby się czasami nawet beznadziejnych przypadków leczenie suchot płucnych sztuczną odmą piersiową może doprowadzić do wyzdrowienia lub chociażby do mniej lub więcej znacznej poprawy, to zdania o długotrwałości leczenia i wskazaniach i przeciwwskazaniach dla tej metody leczniczej są dotychczas niezgodne. Ciż sami badacze, np. Forlanini, zmienili pod tym względem w krótkim stosunkowo czasie zasadniczo swoje poglądy. Co prawda, prawie wszyscy zgodnie świadczą, że w razie istnienia zrostów opłucnej, przeszkadzających zapadnięciu się płuca, trzeba prowadzić leczenie znacznie dłużej, niż w przypadkach bez zrostów, lecz co do tego, jak długo utrzymywać płuco skurczonem nawet w przypadkach niepowikłanych, zdania się rozchodzą. Cóż dopiero mówić o przypadkach ze zrostami. I tak Brauer (12) początkowo radził utrzymywać płuco w stanie skurczonym 2 lata, a w ostatnim czasie (8) poleca już 1—2 lata, zaznaczając jednak, że w niektórych przypadkach wystarczy stosowanie odmy nawet w ciągu koło $^1/_2$ roku. Saugman (13) w ostrych przypadkach gruźlicy gotów jest zadowolnić się odmą, podtrzymywaną w ciągu roku, w przewlekłych zaś wymaga 2-letniego i nawet dłuższego leczenia. Wogóle radzi ten badacz utrzymywać odmę możliwie dłużej, ponieważ po wessaniu się azotu następują nieraz zrosty opłucne, wskutek których tracimy możność zastosowania znowu odmy · w razie, jeśliby się okazało, że gruźlica nie została jeszcze uleczona. Forlanini (14) podtrzymywał z początku odmę w szeregu lat, wprowadzając azot, dopóki jama opłucna nie utraciła własności wchłaniania tego gazu i odma skutkiem tego nie stawała się niezmienną. W osta-

tnim jednak czasie Forlanini ([15]) przekonał się, iż w niektórych przypadkach długo trwająca odma wiedzie do tak znacznego zmniejszenia powierzchni oddechowej płuca, że chory nawet przy najgłębszym wdechu nie może wprowadzić do ustroju ilości tlenu, niezbędnej już w stanie względnego spokoju. Pod wpływem tych spostrzeżeń Forlanini zmienia swoje zdanie i radzi dziś utrzymywać odmę tak długo, jak to jest bezwarunkowo niezbędnem (»so lange als unbedingt nötig«). Jak często jednak i przy jak długiem trwaniu zapadnięcia się płuca następuje to nader silne upośledzenie oddechowej czynności wyleczonego sztuczną odmą gruźliczego płuca, niewiadomo. Co prawda, w piśmiennictwie spotykamy niektóre dane, dotyczące zmian anatomicznych w uległem uciskowi płucu zarówno w miejscach zmian gruźliczych, jak i w zdrowych częściach płuca; (Brauer ([12]), Saugman ([3]) ([13]), Grätz ([16]), Weiss (17), Burckhardt ([7]), Kaufmann ([18]), Warneke ([19]), Kistler ([20]), Hymans van den Bergh razem z de Josselin de Jong i Schutem ([21]). Spotykamy również luźne wskazówki, dotyczące objawów przy rozszerzaniu się płuca, następującem po ukończeniu leczenia (Saugman ([3]), Forlanini ([4]). Wobec jednak sprzeczności podawanych danych nie można postawionego wyżej pytania uważać za rozwiązane. Tu są niezbędne dalsze kliniczne i doświadczalne badania, inaczej bowiem nie unikniemy ostrej satyry tej miary myśliciela, co Voltaire, który twierdził, że medycyna zawiera się w tem, żeby środki, których nie znamy, zastosowywać do ustroju, który jeszcze mniej znamy. Niektóre z doświadczeń w tym kierunku prowadzimy obecnie w klinice.

Nie mniej różnorodne są zdania wśród autorów i w sprawie wskazań i przeciwwskazań sztucznej odmy piersiowej przy gruźlicy płuc. Brauer ogranicza stosowanie tej metody do przypadków ciężkich, lecz i tu tylko w razie zmian jednostronnych; w drugiem płucu nie powinno być żadnych ognisk czynnych, te bowiem przy leczeniu odmą piersiową obostrzają się (również Weiss i inni). Te przeciwwskazania w ostatnich czasach podkreślają zwłaszcza Hymans van den Bergh z de Josselin de Jong i Schutem ([21]), którzy spostrzegali w szeregu przypadków wybitne obostrzenie się sprawy w stosunkowo zdrowem płucu. W przeciwieństwie do tych badaczy Forlanini i szereg innych twierdzą, że nieduże ogniska czynne w drugiem płucu nieraz przy leczeniu sztuczną odmą wykazują polepszenie. Forlanini ([14]) radził początkowo stosowanie sztucznej odmy w 1) niepowikłanych przypadkach rozległej, daleko posuniętej jednostronnej gruźlicy płuc, 2) we wcześniejszych okresach jednostronnej gruźlicy płucnej, jeśli dla jakichkolwiek przyczyn nie można zastosować zwykłego higienicznodyetetycznego sposobu leczenia lub jeśli takie leczenie, zastosowane nie dało skutku dodatniego, wreszcie, 3) w przypadkach zmian obustronnych, jeśli w jednem z płuc mamy okres zaledwie początkowy. W ostatnim jednak czasie Forlanini ([15]) zmienia znacznie zdanie i radzi rozpoczynać leczenie sztuczną odmą piersiową tak wcześnie, jak tylko można, więc już w pierwszym okresie. Pod tym względem jego zdanie jest tymczasem prawie odosobnione; o ile przynajmniej wiem, do tego poglądu dołączył się tylko jeden Persch ([22]). Obecność gruźlicy krtani i jelit i schorzenia narządów krążenia stanowią, zdaniem Forlaniniego, Saugmana, Weissa i wielu innych, przeciwwskazanie dla omawianej metody, tymczasem Brauer ze Spenglerem ([6]) przytaczają spostrzeżenia, w których wybitnie zaznaczone objawy jelitowe znikły pod wpływem leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową. Pod jednym względem badacze są zgodni, mianowicie, że rozległe obustronne zmiany gruźlicze płuc i niemożliwość otrzymania odmy w razie rozległych zrostów opłucnych stanowią przeciwwskazanie do leczenia suchot płucnych odmą piersiową. Tu muszę zaznaczyć, że częstość zrostów opłucnych i zwykle obustronność gruźlicy płucnej w wysokim stopniu ograniczają zakres stosowania sztucznej odmy piersiowej, jako metody leczniczej suchot płucnych. Do tego wniosku o niemożliwości zastosowania sztucznej odmy piersiowej w ogromnej liczbie przypadków suchot płuc doszedłem na mocy stałego materyału klinicznego, włączając i ambulatoryum kliniki, i materyału specyalnej przychodni przeciwgruźliczej Kazańskiego oddziału wszechrosyjskiej Ligi walki z gruźlicą. Zdanie to podzielają i inni badacze, z których niektórzy podają nawet liczby. I tak, Volhard ([23]) z 789 przypadków ciężkich suchot płucnych uznał za odpowiednie dla omawianej metody zaledwie (56 = 7·8%), lecz z tej liczby u 22 nie udało się otrzymać zupełnego zapadnięcia się płuca wskutek rozległych zrostów. Courmont ([24]) z 352 wybrał zaledwie 31, Bernard ([25]), szukając w ciągu roku odpowiednich chorych wśród materyału szpitala Laenneca, znalazł zaledwie 6, lecz z tej liczby trzeba było u 5 zaniechać stosowania odmy wobec rozległych zrostów.

W naszej klinice przekonywaliśmy się również nieraz, jak trudno osiągnąć czasami zupełne rozerwanie się zrostów, pomimo systematycznego utrzymywania w jamie opłucnej wysokiego ciśnienia dodatniego. Doszliśmy następnie, wbrew zdaniu Forlaniniego, do poglądu, którego bronią i niektórzy autorowie (Brauer ze Spenglerem, Keller, Saugman i inni), że w obecnej chwili nie posiadamy pewnych oznak, któreby pozwalały nam zawczasu rozstrzygnąć pytanie, czy uda się w każdym poszczególnym przypadku otrzymać zupełną odmę piersiową. Istotnie, w niektórych razach z łatwością otrzymujemy zupełny ucisk chorego płuca, pomimo, że przesuwalność brzegów płucnych jest zupełnie zniesiona, i nawet wtenczas, gdy czasami odpowiednia połowa klatki piersiowej jest zapadnięta w znacznym stopniu. I odwrotnie spotykamy przypadki, w których wszystkie usiłowania, by otrzymać zupełną odmę, rozbijają się o zrosty, gdy przedtem nie nasuwała się żadna wątpliwość co do możliwości osiągnięcia zupełnego ucisku chorego płuca. Jako przykład przytoczę jedno z naszych spostrzeżeń. Dotyczy ono chorej z gruźlicą prawego płuca i prawostronnym wysiękiem opłucnej, który sięgał do poziomu 4. międzyżebrza w prawej linii pachowej i o 2 palce ponad dolnym kątem prawej łopatki. U tej chorej przystąpiliśmy do wytworzenia sztucznej odmy piersiowej na trzeci dzień po ustąpieniu szmeru tarcia opłucnej pod prawym obojczykiem przy wskazanych wyżej rozmiarach wysięku. Pomimo to nie mogliśmy otrzymać u tej chorej całkowitego zapadnięcia się chorego płuca, jakkolwiek przez długi czas podtrzymywaliśmy w jamie opłucnej ponownemi wprowadzeniami azotu wysokie ciśnienie dodatnie: górny płat prawego płuca pozostaje wciąż przyrośniętym, jakkolwiek, gdy doprowadziliśmy ciśnienie wewnątrzopłucne do + 11 mm. Hg., śródpiersie (mediastinum) w dolnej swej części, jak to wykazało opukiwanie i badanie Röntgenowskie, przesunęło się znacznie

do lewej połowy klatki piersiowej, co wywołało bardzo silną duszność, kaszel i przyspieszenie tętna do 120 uderzeń na minutę.

Nie rozwiązanym pozostaje również szereg zagadnień co do powstania i znaczenia niektórych powikłań, spostrzeganych przy leczeniu sztuczną odmą piersiową. I tak, powstanie wysiękowych zapaleń opłucnej tłómaczy Brauer wpływem wysokiego ciśnienia dodatniego w jamie opłucnej, zależnego od ciągłych odnawiań odmy. Temu jednak przeczą spostrzeżenia Saugmana ([13]), Kellera ([26]) i nasze, w szeregu bowiem przypadków, w których ciśnienie w jamie opłucnej doprowadzaliśmy do wysokiego stopnia, powikłania zapaleniem opłucnej nie otrzymaliśmy. Przeciwnie, w niektórych z naszych przypadków gruźlicy płuc z jednoczesnem wysiękowem zapaleniem opłucnej wysięk pod wpływem wysokiego ciśnienia od wprowadzenia azotu zaczynał bardzo szybko się wchłaniać. Tensam Brauer i początkowo Saugman ([13]) wygłosili zdanie, że zapalenia opłucnej powstają wskutek rozciągania i rozrywania się zrostów opłucnych z następowem przedostawaniem się do opłucnej drobnych gruzełków lub wskutek poranienia zmienionej tkanki płucnej przy wprowadzaniu igły z następowem zakażeniem jamy opłucnej. Ładny przykład pierwszego z tych dwóch mechanizmów powstawania zapalenia opłucnej przy leczeniu gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową spostrzegaliśmy u jednego z naszych chorych, u którego zapalenie opłucnej zjawiło się po jedenastem wprowadzeniu azotu, gdy jeden z dużych zrostów opłucnych rozerwał się. Gratz ([16]), niedawno również Saugman ([3]) tłómaczy zapalenia opłucnej uciskiem płuc i zbliżeniem wobec tego do opłucnej płuc ognisk gruźliczych z następnem przeżarciem opłucnej. Niektórzy wreszcie upatrują przyczynę zapalenia opłucnej, wikłającego sztuczną odmę piersiową, w niedostatecznej czystości lub w podrażniających własnościach azotu. Z tem jednak nie zgadzają się wyniki moich wspólnie z asystentem kliniki doc. Fofanowym prowadzonych doświadczeń na psach. Powikłanie zapaleniem opłucnej Brauer, Spengler, Forlanini i inni uważają dla wielu przypadków jako objaw pomyślny, gdyż w razie zjawienia się tego zapalenia azot zaczyna wchłaniać się nie tak szybko, wobec czego można zadowalniać się rzadszemi wdmuchiwaniami azotu. Przeciwnie Saugman i szereg innych autorów, zwłaszcza zaś Hyman van den Bergh, de Josselin de Jong i Schut ([21]) podkreślają, że powikłanie odmy z zapaleniem opłucnej bardzo często w wysokim stopniu pogarsza dalszy przebieg choroby. Dalej zupełnie niezgodne są zdania co do pochodzenia tego obrazu klinicznego, który wikła nieraz sztuczną odmę piersiową, a który Forlanini i jego zwolennicy opisują pod nazwą rzucawki opłucnej. Nie będę teraz szczegółowo poruszać tego zagadnienia, wkrótce bowiem mam zamiar ogłosić wspólnie z doc. Fofanowym osobny artykuł, dotyczący tej sprawy. Na tem miejscu zaznaczę tylko, że stanowczo nie mogę uznać opłucno-odruchowego pochodzenia t. zw. zupełnej (vollständige Form) postaci rzucawki opłucnej, co utrzymuje Forlanini, lecz nie mogę pogodzić się również ze zdaniem Brauera, który tłómaczy wszystkie bez wyjątku postacie tego powikłania zawsze jako zator gazowy. Na podstawie danych, które przytoczymy w swoim czasie, jestem tego zdania, że przypadki »zupełnej« postaci rzucawki opłucnej zależą od zatoru naczyń mózgowych, przypadki zaś »niezupełnej« czyli »nieprawidłowej« (unvollständige, abnorme, anormale Form) postaci rzucawki opłucnej mogą być pochodzenia już to gazowozatorowego, już to opłucnoodruchowego.

Ostatnie zagadnienie, które chcę tu poruszyć, dotyczy tłómaczenia pomyślnego wpływu leczenia suchot płucnych sztuczną odmą piersiową. Jak wiadomo, w tej sprawie panującym jest pogląd Brauera, który sprowadza działanie odmy do skojarzenia się kilku czynników. Przedewszystkiem wywołując zupełne zapadnięcie się płuca i jego unieruchomienie przez wprowadzenie do jamy opłucnej azotu, otrzymujemy znaczne zwolnienie, miejscami zaś zupełny zastój prądu limfy w płucu (Bruns ([27]), Tendeloo i inni). Wskutek tego rozpowszechnienie się prątków gruźliczych i ich jadów w chorem płucu i w całym ustroju zostaje zatamowane, z drugiej zaś strony miejscowe podrażnienie toksynami doprowadza do miejscowego zapalenia odczynowego z rozwojem tkanki łącznej. Unieruchomienie płuca sprzyja znów, jak zaznaczał jeszcze Carson, następowemu bliznowaceniu tej tkanki. Oprócz tego, przy ucisku zupełnym chorego płuca plwocina zostaje z niego wyciśnięta do dużych oskrzeli, skąd chory ją wydala przez odkrztuszanie; w ten więc sposób usuwa się zastój i rozkład wydalin patologicznych w płucu. Wreszcie, przy zupełnem unieruchomieniu płuca zostaje usunięty jeszcze jeden czynnik, który odgrywa doniosłą rolę w szerzeniu się gruźlicy w zajętem płucu; mianowicie, aspiracya plwociny z chorych części płuca do zdrowych części. Forlanini, uznając ogromne znaczenie niektórych z tych czynników, upatruje przyczynę skutecznego działania sztucznej odmy piersiowej na gruźlicę płuc gdzieindziej. Nie zatrzymując się na jego tłómaczeniu, muszę podnieść, że myślący badacz nie może uznać poglądów Brauera za ostatecznie rozstrzygające omawiane zagadnienie. Istotnie, jeśli zupełne unieruchomienie chorego płuca odgrywa najważniejszą rolę, to jak z tem pogodzić spostrzeżenia o cechach wręcz przeciwnych, świadczących o dobrych wynikach leczenia suchot płucnych drogą operacyjnego zwiększenia górnego otworu klatki piersiowej, przez co wzmaga się ruchomość gruźliczego płuca. Z drugiej strony uważam za niezupełnie uzasadnione zdanie Brauera, jakoby jady gruźlicze, zatrzymane w chorem płucu, były przyczyną rozwoju w niem tkanki łącznej. Klucz do zrozumienia tych zagadnień mogą dać nam dalsze badania. W celu wyświetlenia niektórych z nich prowadzimy też dziś w klinice odpowiednie doświadczenia na zwierzętach.

Jeśli teraz streścić wszystko, com powiedział, to oczywiście dochodzi się do wniosku, że sztuczna odma piersiowa, jako metoda leczenia suchot płucnych, nie jest jeszcze dostatecznie zbadana, a jeśli do tego dodać, że jej stosowanie wymaga ciągłej kontroli za pomocą promieni Röntgenowskich, to należy uznać, że może ona być stosowaną obecnie tylko w klinikach, sanatoryach i szpitalach. I tu jednak dla zupełnego wyświetlenia swej doniosłości będzie ona potrzebować wielu wysiłków i żmudnej pracy badaczy.

Piśmiennictwo. 1) Przytaczam podług kroniki Castaignea w Journal médical français 1912, Nr 6. — 2) Rubel. Iskusstwiennyj pnewmotoraks pri leczeni tubierkuleza lekkich. Monografia. Petersburg 1912. — 3) Saugman. Behandlung der Lungentuberkulose mittels künstlicher Pneumothoraxbildung. Beihefte zur Medizinischen Klinik. 1911, Nr 4. — 4) Forlanini. Ueber den künstlichen nachträglich doppelseitigen Pneumothorax. Deutsche mediz. Wochenschrift 1911, Nr 3. — 5) Deneke. Deutsche me-

diz. Wochenschrift 1911, Nr 17, str. 813. — 6) Brauer und Spengler. Klinische Beobachtungen bei künstlichem Pneumothorax. Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1909, t. 14 i 1911, t. 19 i Münch. med. Wochenschrift 1911, Nr 9. — 7) Burckhardt. Künstlicher Pneumothorax. Deutsche mediz. Wochenschrift 1911, Nr 36, str. 1680. — 8) Brauer. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1910, luty. — 9) Delbet. Presse médicale 1912, Nr 31, str. 318. — 10) Bochalli. Beitrag zur Pneumothorax-Behandlung schwerer Lungentuberkulose. Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1912, t. 24. — 11) Brauns. Zur Behandlung der Lungenschwindsucht mittelst künstl. Pneumothorax. Zeitschrift für Tuberculose. 1910, t. 18. — 12) Brauer. Die Behandlung chronischer Lungenkrankheiten durch Lungenkollaps. Therapie der Gegenwart 1908, czerwiec. — 13) Saugman u. Hansen. Klinische Erfahrungen über die Behandlung der Lungentuberculose mittelst künstl. Pneumothoraxbildung. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1910, t. 15. — 14) Forlanini. Versuche mit künstl. Pneumothorax dei Lungenphtise, München. mediz. Wochenschrift 1894, Nr 15; Die Indikationen und die Technik des künstlichen Pneumothorax bei der Behandlung der Lungenschwindsucht. Therapie der Gegenwart 1908, Nr 11—12; Zur Behandlung der Lungenschwindsucht durch künstlich erzeugten Pneumothorax Deutsche mediz. Wochenschrift 1906, Nr 35. — 15) Forlanini. Ueber die respiratorische Funktion der durch künstl. Pneumothorax geheilten, nach der Behandlung wieder ausgedehnten Lunge. Deutsche medizinische Wochenschrift 1911, Nr 6. — 16) Grätz. Der Einfluss d. künstlichen Pneumothorax auf die tuberkulöse Lunge. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1008, t. 10. — 17) Weiss. Ueber Komplikationen bei der Behandlung mit künstlichem Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 1912, t. 24. — 18) Kaufmann. Ueber die Veränderungen der Pleura und Lunge gesunder Hunde durch künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1912, t. 23. — 19) Warneke. Beitrag zur pathologischen Anatomie des künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1910, t. 16. — 20) Kistler. Beitrag zur pathologischen Anatomie des künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1911, t. 19. — 21) Hymans van den Bergh, de Josselin de Jong u. Schut. Einige Erfahrungen mit künstlichem Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1913, t. 26. — 22) Persch. Beiträge zur klin. Chirurgie, t. 81. — 23) Volhard. Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr 32. — 24) Courmont. La Presse médicale 1912, Nr 52, str. 552. — 25) Bernard. La Presse médicale 1912, Nr 52, str. 552. — 26) Keller. Erfahrungen über den künstlichen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1912, t. 22. — 27) Bruns. Ueber Folgezustände des einseitigen Pneumothorax. Brauer's Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1908, t. 12.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Są to więc różne hypochondryczno-neurasteniczne objawy, które nie mają nic wspólnego z właściwymi zawrotami głowy.

Jeśli zaś przez zawroty głowy będziemy rozumieć ten tylko objaw, który polega na uczuciu chorego, iż on obraca się dokoła swej własnej osi, alboteż, że on stoi wprawdzie w jednem miejscu, lecz wszystkie przedmioty poruszają się dookoła niego, a któreto uczucie chorzy tacy porównują często z uczuciem tej niepewności, jaką się miewa po upiciu się wyskokiem, to wtedy okaże się, że objaw ten, jako objaw ogólny, jest stosunkowo rzadkim w przebiegu nowotworów mózgu.

Zawroty same przez się nie mogą stanowić jeszcze o rozpoznaniu nowotworu, a nawet nie przemawiają za jakąś zmianą chorobową, któraby musiała iść w parze z podniesieniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Pojawiają się one bowiem także w pewnych chorobach ogólnych i przy takich schorzeniach mózgowia (rozsiane stwardnienie mózgu i rdzenia, kiła, krwotoki, zapalenie opon i inne), które bądźto zajmują most Varola, bądź okolicę mostowo-móżdżkową, bądź też rdzeń przedłużony, względnie nerwy przedsionkowe i t. d. Mimoto jednak przy zbieraniu wywiadów pamiętać o nich należy, ponieważ wspólnie z innymi objawami mogą one rozstrzygać o przyrodzie sprawy chorobowej.

Na granicy ogólnych objawów podmiotowych i przedmiotowych stoją *nudności*, pobudzenia do wymiotów i *wymioty*, które są zawsze następstwem podrażnienia ośrodka wymiotnego w rdzeniu przedłużonym, i to albo bezpośredniego przez sam nowotwór, alboteż pośredniego, t. j. na drodze wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Objawy te z tego powodu wchodzą jeszcze w zakres objawów podmiotowych, ponieważ niezawsze można je stwierdzić badaniem przedmiotowem, a mianowicie wówczas nie, gdy u chorego przez cały czas jego choroby nie było ani razu wymiotów, a natomiast tylko nudności i pobudzenia do zrzucania pokarmów. To też nie należy przy zbieraniu wywiadów ograniczać się tylko do pytań w kierunku wymiotów, ale należy się dowiadywać i o pobudzenia do wymiotów. W przypadkach bowiem, w których tego rodzaju pobudzenia do wymiotów niezbyt często się pojawiają i niebardzo dokuczają chorym, chorzy ci wcale o nich nie wspominają, uważając je za objaw, nie mający dla ich choroby większego znaczenia.

Nudności, jak i pobudzenia do wymiotów, są zwykle niezależne od rodzaju i ilości spożywanych pokarmów, ani też od pory dnia, w której je chorzy spożyli. Stosunkowo najczęściej jeszcze pojawiają się one rano, a nadto towarzyszą czasem napadom zawrotów i bólów głowy.

Co do wymiotów, które są tylko dalszym niejako okresem tego samego objawu, to mają one jako objaw, typowo już przedmiotowy, nierównie większe znaczenie od tamtych. Wymioty, jak zresztą i same nudności, nie są objawami, któreby stale towarzyszyły nowotworom mózgu, t. j. pojawiały się w każdym przypadku tej choroby. Bardzo wiele bowiem przypadków przebiega bez jakichkolwiek dolegliwości ze strony żołądka, i to te przedewszystkiem, w których przy łagodnej przyrodzie guza i powolnym jego wzroście bardzo powoli zmniejsza się pojemność jamy czaszkowej i te, w których nowotwór nie rozwija się w bezpośredniem sąsiedztwie ośrodka wymiotnego. W innych przypadkach występują wymioty tak rzadko, że chorzy nie przywiązują do nich większej wagi, a dla lekarza nabywają one jedynie tylko z tego powodu wielkiego znaczenia, że pojawiają się dopiero od pewnego czasu u chorego, który nigdy dawniej na żołądek nie chorował i który nawet obecnie poza temi nudnościami i wymiotami niema żadnych

objawów choroby żołądka, a także i dlatego, że objaw ten wystąpił równocześnie z innymi ogólnymi objawami, jak bólami głowy, zawrotami, osłabieniem wzroku i t. d.

Zdarzają się jednak i takie przypadki, w których przebiegu wymioty wysuwają się jako objaw ogólny na pierwszy plan całego obrazu chorobowego, tak pod względem częstości pojawiania się, jak i pod względem nasilenia.

Najczęstsze są jednak takie przypadki nowotworów mózgu, w których przebiegu wymioty pojawiają się co pewien czas, np. w odstępach kilkodniowych lub częściej, i to znowu zwykle jako objaw, który towarzyszy bólom głowy, zawrotom lub zmianom w położeniu chorego, i te, w których dowiadujemy się, że wymioty występowały przez pewien krótszy lub dłuższy okres czasu, ale potem znikły na zawsze.

I wymioty, podobnie zresztą jak nudności i pobudzenia do nich, są niezależne od pory dnia, ilości spożytych pokarmów, ani też wreszcie i od ich jakości. Na czczo wymiotuje chory tylko śluzem lub żółcią, poza tem zwykle pokarmami. Niezawsze towarzyszą wymiotom nudności i zrywania, częściej przychodzą one nagle bez wszelkich objawów wstępnych. Charakterystycznemi cechami wymiotów w przebiegu nowotworów mózgu jest, jak wspomniałem, brak wszelkich objawów żołądkowych, jakie się spotyka w innych przypadkach wymiotów, a zatem brak odbijań, zgagi, wzmożonego pragnienia, obłożonego języka i zachowanie dobrego apetytu, który w przebiegu nowotworów mózgu bardzo często pojawia się nawet bezpośrednio po wymiotach.

Obok bólów głowy, jako najważniejszego i najczęstszego objawu między objawami ogólnymi podmiotowymi, postawić należy zmiany w zakresie nerwów wzrokowych, jako najczęstsze i najważniejsze w grupie objawów przedmiotowych, a to dlatego, że one bardzo często w przypadkach wątpliwych rozstrzygają odrazu o organicznej przyrodzie całego cierpienia. A mam tu na myśli zapalenia nerwów wzrokowych, względnie tak zwaną tarczę zastoinową.

Nie będę tu wchodzić w szczegóły obrazu, jaki się nam przedstawia w jednym, względnie drugim przypadku na dnie oka przy wziernikowaniu. Zaznaczę tylko, że spotykamy niejednokrotnie przypadki takie, które pod względem obrazu wziernikowego stoją na granicy zapalenia i zastoiny, a to dlatego, że zapalenie nerwów wzrokowych jest bardzo często wczesnym tylko okresem rozwijającej się tarczy zastoinowej. W każdym razie ma daleko ważniejsze znaczenie dla rozpoznania nowotworu mózgu tarcza zastoinowa, aniżeli zapalenie nerwów wzrokowych. Pojawia się ona, jeśli uwzględnić różne statystyki, w odsetce, wynoszącej średnio 80 – 90%. Zapalenie zaś nerwów wzrokowych spotykamy w daleko mniejszej odsetce, a to dlatego właśnie, że przechodzi ono bardzo często stosunkowo szybko w tarczę zastoinową.

Ponieważ zmiany na dnie oka, które przedstawiają się jako zapalenie nerwów wzrokowych, a są następstwem wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, nie należą do właściwych zapaleń nerwów wzrokowych, lecz mają w olbrzymiej większości przypadków tę samą genezę, co i tarcza zastoinowa, przeto Bruns dla uproszczenia proponuje odrzucić zupełnie w przypadkach guzów mózgu, nazwę »zapalenie nerwów wzrokowych« dla zmian na dnie oka, a mówić jedynie o tarczy zastoinowej z obrzękiem lub bez niego.

To jednak nie wydaje mi się słusznem. Ponieważ bowiem zapalenie nerwów wzrokowych na tle nowotworów mózgu nie różni się w większości przypadków w obrazie wziernikowym niczem od zapalenia tychże nerwów z najrozmaitszych innych przyczyn, przeto o tem, czy mamy w danym przypadku mówić o zapaleniu, czy też o tarczy zastoinowej bez obrzęku, jak sobie tego życzy Bruns, możnaby dopiero rozstrzygnąć »ex post«, t. j. po uczynieniu właściwego rozpoznania. Dopókibyśmy zaś nie mieli rozpoznania, dopóty nie wiedzielibyśmy, jakiej użyć nazwy dla określenia tych zmian.

W zasadzie więc chodziłoby tylko o tę nazwę, dla rozpoznania zaś nie miałoby to na razie większego znaczenia, i to przynajmniej dopóty, ażby się nie znalazły w obrazie wziernikowym takie kryterya, któreby pozwalały rozstrzygnąć, czy dane zapalenie jest następstwem ucisku, czy też wywołane przez czynniki, jakie zwykle wywołują zapalenie w obrębie nerwów wzrokowych.

Szybkość, z jaką się te zmiany rozwijają na dnie oka, bywa bardzo różną i zależy w pierwszym rzędzie od wielkości i miejsca usadowienia nowotworu. Tak np. wiadomą jest rzeczą, że przy usadowieniu guzów w tylnej jamie czaszkowej, szczególnie szybko pojawiają się zmiany w obrębie nerwów wzrokowych.

O tej różnej szybkości, z jaką nawet bardzo znaczne zmiany na dnie oczu wytworzyć się mogą w ciągu bardzo krótkiego czasu, bo nieraz i dnia jednego, pamiętać należy z tego powodu, ażeby nie zaniedbywać częstego badania chorych w tym właśnie kierunku. Ustawiczna kontrola dna oczu, t. j. zachowywania się nerwów wzrokowych w przypadkach podejrzanych co do nowotworów mózgu, powinna należeć do reguły.

Toteż w każdym podobnym przypadku nie powinien się lekarz ograniczać do jednorazowego wziernikowania i zadowolnić tem, że nawet specyalista chorób oczu doniósł mu, iż stosunki na dnie oka uważa za zupełnie prawidłowe. Zmiana bowiem nastąpić może każdej chwili i miejsce stosunków prawidłowych mogą zająć bardzo poważne zmiany chorobowe. Nie wystarczają tu też zapewnienia chorego, że ma wzrok zupełnie dobry, że widzi, jak przedtem, ani też ujemny wynik badania bystrości wzroku, gdyż osłabienie wzroku nie musi bynajmniej iść w parze ze wspomnianemi zmianami na dnie oka.

(Dokończenie nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia dróg moczowych.

Hartmann. **Ujście moczowodu poza obrębem pęcherza.** (Zeitschr. f. gyn. Urologie. T. IV. Z. 2). 45-letnia kobieta cierpi od urodzenia na mimowolne moczenie; stan ten pogorszył się po ostatnim porodzie, który się odbył przed 25 laty. Badanie stwierdziło dodatkowe ujście lewego moczowodu w przedsionku, obok ujścia cewki. Operacyjnie przez pochwę udało się moczowód na pewnej przestrzeni uruchomić, a następnie wszczepić do bocznej ściany pęche-

rza. Gojenie przebiegało pomyślnie i po kilku tygodniach kobieta ta opuściła klinikę wyleczona. Rozpoznanie ułatwia bardzo, śródmięśniowe wstrzyknięcie indygokarminu, gdyż zauważyć wtedy można wydzielanie się zabarwionego moczu z ujścia moczowodu. Leczenie jest wyłącznie chirurgiczne; należy moczowód wyosobnić i wszczepić go w ścianę pęcherza, co wykonać można wewnątrzotrzewnie, zewnątrzotrzewnie lub przez pochwę. Pisarski.

R. Picker. **Przypadek kiły pęcherza moczowego.** (Zeitschr. f. Urolog. T VII. Z. 3). Przypadek autora jest 22 z rzędu przypadkiem kiły pęcherza moczowego. rozpoznanej przy pomocy cystoskopu. Obraz cystoskopowy przedstawiał się następująco: Na tylnym brzegu trójkąta Lieutauda, którego błona śluzowa przedstawiała się prawidłowo, po wewnętrznej stronie ujścia prawego moczowodu znajdowała się wyniosłość wielkości korony, otoczona obwódką sino-czerwoną, przechodzącą powoli w prawidłową błonę śluzową. Powierzchnia tej wyniosłości była barwy żółto-czerwonej, a brzegi jej posiadały wręby, dzielące go na 5 odcinków. Srodek wyniosłości był zagłębiony i pokryty białym strupem, zresztą błona śluzowa pęcherza wyglądała prawidłowo. W pierwszej chwili autor nie rozpoznał kilaka, lecz uważał to za miejscowe zmiany zapalne, dopiero kiedy leczenie przeciwzapalne pogorszyło sprawę, a pod wpływem jodu zmiany znikały szybko, rozpoznał autor kilaka pęcherza. Pisarski.

Haim. **W sprawie schorzeń pęcherza w przebiegu zapaleń przydatków.** (Zeitschr. f. gynäk. Urologie. T. 4. Nr 2). Autor opisuje dwa przypadki ropienia w przydatkach macicy, w których przebiegu przyszło do zapalenia pęcherza. Jeden z tych przypadków zakończył się śmiercią z powodu zapalenia otrzewnej, drugi wyzdrowieniem po dokonanym zabiegu. Od chwili operacyi zaczęła się w pęcherzu stała poprawa. Z powodu możliwości tego powikłania, które może wywołać znaczne uszkodzenie pęcherza, przestrzega autor przed zbyt daleko posuniętem leczeniem zachowawczem zapaleń przydatków. Pisarski.

Teschemacher. **O pneumaturyi i pozornem znikaniu cukromoczu przy zapaleniu pęcherza moczowego u chorych na cukrzycę.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 3). Sprawy fermentacyjne w pęcherzu mogą prowadzić do nagromadzenia się gazów; przy zwykłym nieżycie pęcherza rozwija się czasem fermentacya amoniakalna; sprawa ta jednak na ogół jest rzadką. U chorych na cukrzycę istnieją wyjątkowo korzystne warunki do powstania pneumaturyi, jeżeli przy zakażeniu pęcherza rozwinie się fermentacya alkoholowa. Przypadki takie są bardzo rzadkie, a badanie gazów z takiego pęcherza stwierdza zwykle obecność bezwodnika kw. węglowego, tlenu, wodoru, a czasami azotu. Autor na 2000 chorych na cukrzycę, których leczył, spotkał się tylko z jednym takim przypadkiem. Chory ten miewał stale 1·2% cukru w moczu; przy pogorszeniu się nieżytu pęcherza odsetek cukru w moczu spadał do 0·35%, przy poprawie nieżytu wracał do dawnej wysokości. W przypadkach takich może nawet cukier całkiem zniknąć.

Pisarski.

Kielleuthner. **O wartości operacyi śródpęcherzowych.** (Münch. med. Woch. 1913 Nr 18). Operacye śródpęcherzowe znajdują obecnie coraz to szersze zastosowanie, głównie przy kamieniach, ciałach obcych i nowotworach. Dzięki cystoskopii kontrolować możemy przy operacyi ciągle stan pęcherza. Z tego też powodu np. kruszenie kamieni odbywa się obecnie tak dokładnie, jakbyśmy w pęcherzu działali wprost ręką. Rzadko spotyka się kamienie zbyt duże lub zbyt twarde do kruszenia, a jedynie nie można tego sposobu zastosować, gdy kamień leży w uchyłku, lub gdy jądrem kamienia jest ostre ciało obce, np. szpilka, dalej gdy pęcherz ma mniejszą pojemność, niż 100 cm³ i gdy w cewce są zwężenia. Przy ostrych ropieniach narządu moczowego również unikamy kruszenia. Ciało obce udaje się nieraz doskonale usunąć śródpęcherzowo. Jeżeli jest inkrustowane, wtedy można te inkrustacye kruszyć, gdy jądro jest ciałem nie ostrem, w przeciwnym razie trzeba otworzyć pęcherz. Również śródpęcherzowe operacye nowotworów łagodnych wykonuje się obecnie ze znakomitym skutkiem. Niezawsze jednak udaje się ocenić, czy dany nowotwór jest łagodnym, bo i przy badaniu kawałków wyciętych trafić można na części niezwyrodniałe złośliwie. Nitze i Casper twierdzą jednak, że operacye śródpęcherzowe dają i wtedy lepsze wyniki co do nawrotu, niż operacye z cięcia nadłonowego(?). Co do wielkości nowotworu, to do operacyi śródpęcherzowych nadają się nie większe, niż orzech włoski, chyba że są usadowione na szypule. Także siedlisko guza jest ważne, bo gdy guz jest usadowiony na granicy cewki, to trudno go nie uchwycić. W ostatnich czasach niszczy się nowotwory prądami o wysokiem napięciu (Oudin), zwłaszcza gdy są mnogie. K.

Kolischer. **O operacyi kamieni nerkowych.** (Niem. Tow. lek. Chicago XII. 1912). W rozpoznawaniu kamieni nerkowych nieocenione usługi oddają promienie Röntgena, bo nieraz wykrywają także dodatkowe kamyki, któreby przy operacyi łatwo można było przeoczyć. (Badać należy tylko klisze, a nie opierać rozpoznania na odbitce fotograficznej, bo doprowadzić to może do błędnych wniosków). Z drugiej jednak strony nie można opierać się wyłącznie tylko na rozpoznaniu z radyogramu bez badania dokładnego, zwłaszcza bez cewnikowania moczowodu. Przy kamykach nerkowych radzi K. unikać nacięcia nerki, a tylko nacinać miedniczkę. Do krwotoków następowych usposabia długie sączkowanie drenami lub tamponada.

Miedniczkę należy nacinać w kierunku jej przebiegu, a nie łukowo. Ubytki pokrywać można torebką nerkową. Nawet z kieliszków nerkowych udaje się zwykle tą drogą usuwać kamyki. Wdzięczną operacyą jest usuwanie kamyka wprost z moczowodu. Badanie przy pomocy wstrzykiwania kollargolu trzeba wykonywać bardzo ostrożnie, bo gdy wstrzykuje się zbyt silnie, to może to bardzo choremu zaszkodzić. K. jest przeciwny zalecanemu przez Schwedena tępemu dostawaniu się do nerki przez mięśnie.

Przy kamykach, nie dających żadnych objawów klinicznych, choćby wyraźnie widocznych w radyogramie, K. nie operuje. K.

Strauss. **O rokowaniu w zapaleniu nerek.** (Zeitschr. f. Urolog. T. VII. Z. 4). Od szeregu lat wykonywane doświadczenia autora dowiodły, że duże nagromadzenie się azotu we krwi u chorych na zapalenie nerek, jest »signum mali ominis«. Oznaczenie azotu we krwi nie jest równoznaczne z kryoskopią krwi. Autor wypracował metodę, przy której używa się nie więcej, niż 20 cm³ krwi. Przy występowaniu bardzo wysokich wartości, (150 mg azotu w 150 cm³ surowicy), jest rokowanie wogóle niepomyślne, a tacy chorzy giną w przeciągu kilku miesięcy. Przy 75—100 mg. azotu jest rokowanie wątpliwe. Całkiem małe ilości azotu, zawartego we krwi, nie wyłączają wystąpienia mocznicy. Metoda autora nadaje się szczególnie do przewlekłych przypadków zapalenia nerek. Pisarski.

Ebeler. **Zwalczanie zatrzymania moczu przy pomocy pituitryny.** (Zeitschr. f. gynäk. Urologie T. 4. Z. 2). Materyał autora obejmuje 45 kobiet, u których zatrzymanie moczu wystąpiło po porodzie lub też po różnych zabiegach położniczych i ginekologicznych. We wszystkich przypadkach zawiodły wszystkie inne znane sposoby. Doświadczenie autora pouczyło, że wśródmięśniowe wstrzykiwania pituitryny działają najszybciej. Najszybciej działa takie wstrzyknięcie, jeżeli pęcherz jest silnie wypełniony; już w kilka minut pojawia się ciągnący ból w dolnej części brzucha, który przechodzi w uczucie parcia na mocz i chore opróżniają pęcherz, poczem ból ten ustępuje. Już mniej wybitnie oddziaływa pęcherz miernie wypełniony, ale i w takich przypadkach pojawia się parcie po $^1/_4$ godziny i następuje opróżnienie pęcherza. Zupełnie nie było działania na opróżniony pęcherz. Z tego to powodu wy-

czekiwał autor 16—36 godzin, aż pęcherz się wypełnił i dopiero wtedy wstrzykiwał pituitrynę. Czas, jaki upływa od wstrzyknięcia do oddania moczu, waha się od 10 minut do paru godzin — zależnie od stanu wypełnienia pęcherza. Działanie pituitryny na pęcherz utrzymuje się wedle doświadczenia autora kilka do 12 godzin i rzadko kiedy potrzeba się uciekać do drugiego wstrzyknięcia. Parcie na mocz stwierdzał autor przez kilkanaście godzin i chore takie zazwyczaj co 2 godziny oddawały mocz. Pęcherz opróżniał się zawsze całkowicie, co autor przez opukiwanie stwierdzał. Ponieważ pituitryna objawia swoje działanie najszybciej na pęcherzu wypełnionym, a w przypadkach, gdzie wskutek operacyi ginekologicznych pęcherz został uszkodzony, nie należy dopuszczać do bardzo silnego rozdęcia pęcherza, więc przypadki takie wyłączył autor z szeregu swoich doświadczeń. Działanie podniecające na skurcze mięśnia pęcherzowego tłumaczy autor bezpośredniem działaniem pituitryny na układ nerwowy pęcherza i wzmożeniem stopy moczenia. Uważa on pituitrynę za lek pewny, jeżeli się ją stosuje przy silnie wypełnionym pęcherzu.

Pisarski.

Laryngologia i otyatrya.

Fröschels: **O niemocie u dzieci słyszących** (Hörstummheit). (Wykład w Towarzystwie dla terapii fizycznej w grudniu 1912). Już krzyk oseska zdaje się mieć pewne znaczenie dla późniejszego rozwoju mowy, a krzywa, otrzymana zapomocą kimografionu u krzyczącego dziecka, jest bardzo podobna do krzywej, zdjętej u mówiącego dorosłego. Także krtań zdaje się przygotowywać do przyszłej czynności już przy krzyku u dziecka, przy którym więzadła głosowe mają podobne ułożenie, jak przy wymowie samogłosek. Później w 3. lub 4. miesiącu dziecko, bełkocąc, wydaje dźwięki, mające wielkie podobieństwo do naszych spółgłosek. Wszystkie te ruchy zostawiają wrażenie kinestetyczne w mózgu dziecka, ułatwiające późniejszy rozwój mowy. W 9. miesiącu zaczyna się nowy okres, w którym dziecko rozpoczyna naśladować mowę otoczenia. Przy tem naśladowaniu główną rolę odgrywają słuch i wzrok. U dzieci ślepo urodzonych mowa rozwija się wolniej, dzieci głuche pozostają nieme, Poznawanie szmerów i tonów odbywa się zapomocą ośrodka akustycznego, Wernickego. Naśladowanie wymaga sprawności tego ośrodka, ośrodka Broca i dróg między nimi. Zrozumienie mowy ma siedzibę w ośrodku pozakorowym, mieszczącym się na całej powierzchni mózgu. Od ośrodka Broca, t. j. ośrodka ruchowego dla mowy, idą drogi do sfery ruchowej w przednim zakręcie ośrodkowym i stąd na obwód przez torebkę wewnętrzną do jąder komórki IV, do nn. mózgowych i przez nie do krtani i do ust.

Otóż na tej drodze od ucha do ośrodków słuchu i mowy aż do obwodowych narządów mowy mogą zdarzać się różne choroby, jako przyczyny różnych postaci niemoty. Choroby narządu usznego lub n. słuchowego, wywołując wczesną głuchotę, bywają przyczyną głuchoniemoty, gdyż takie dziecko, nie mogąc naśladować głosu, musi stać się także niemem. Ośrodek słuchowy może znajdować się w stanie otrętwienia, z czego wynika obraz głuchoniemoty pozornej. Jestto rodzaj głuchoniemoty duchowej (Seelentaubheit). Stan ten odróżnia się utrzymaniem wrażliwości na łechtanie w uchu zewnętrznem, natomiast u prawdziwie głuchoniemych wrażliwości tej brak, jak to autor wykazał. Przy leczeniu takiego stanu chodzi o używanie przyrządu, zapomocą którego można obudzić uwagę akustyczną dziecka. Do tego nadają się małe, delikatnie dźwięczące dzwonki, zapomocą których udaje się przez ćwiczenie pobudzić ośrodek słuchowy do prawidłowej czynności.

Niesprawność ośrodka Wernickego należy przypuścić u dzieci, które obok wyraźnych objawów prawidłowego słuchu nie słyszą mowy i nie mówią. Zwykle można u takich dzieci stwierdzić wzmożoną pobudliwość innego zmysłu, jakby »przerosłego«. Już między ludźmi prawidłowymi znajdują się tacy, którzy mówią przy pomocy pamięci wzrokowej, mając obraz drukowanego słowa przy mówieniu przed oczami — »wzrokowcy«, inni którzy mówią przy pomocy słuchu, słysząc przy mówieniu brzmienie słowa w uchu — »słuchowcy«, nareszcie tacy, którzy mówią przy pomocy wrażeń kinestetycznych. Tu należą ludzie, poruszający wargi przy czytaniu. U niemych słyszących typy te są chorobowo wybitne. Takie dziecko albo nie może oderwać się od pokazanego mu obrazu, albo obmacuje wszystko, mimo że dobrze widzi i t. p. Tu należy odszukać zmysł przeważający i zapomocą niego rozbudzić rozwój mowy. Np. dziecku typu wzrokowego pokazuje się proste, wielkie obrazy przedmiotów i wymawia się przytem głośno i wyraźnie nazwy tych przedmiotów. W ten sposób cierpliwie postępując, udaje się doprowadzić do tego, że dziecko takie łączy wrażenie akustyczne z wrażeniem optycznem. U dziecka typu dotykowego należy się starać, by ono czuło ruchy naszych ust i wstrząśnienia powietrza podczas mówienia, które cechują poszczególne dźwięki, tak samo wyraźnie prawie, jak wynik akustyczny, do którego wiodą.

Inny rodzaj niemoty przy nienaruszonym słuchu stanowi niemota u dzieci, które wszystko słyszą i powtarzają, a nic nie rozumieją, stan, zwany »echolalią«. Skoro dziecko takie powtarza słyszane wyrazy, to jest rzeczą jasną, że słuch, ośrodki: słuchowy, Wernickego i Broca, jakoteż połączenia między nimi i drogi ruchowe są sprawne. Natomiast droga między ośrodkiem Wernickego, a ośrodkiem pozakorowym nie jest czynna (drożna), przez co dziecko nie jest zdolne łączyć wyrazu z pojęciem. Jestto rodzaj wrodzonej słabości pamięci dla nazwisk. Przez ćwiczenie takiego dziecka zapomocą pokazywania mu obrazów i równoczesnego częstego wymawiania ich nazw, można pamięć tę rozwijać i przewodzenie w szlakach niedrożnych utorować.

Wszystkie dotychczas omówione formy niemoty ze słyszeniem nazywają się »niemotą słyszącą czuciową« (sensorische Hörstummheit) i cechują się niemotą i brakiem zrozumienia mowy. Są jednak dzieci, które dobrze mowę nietylko słyszą, ale też rozumieją, a jednak same nie mówią. Postać taka nazywa się »niemotą słyszącą ruchową« (motorische Hörstummheit). Tu przyczyna choroby leży albo w zakresie połączenia między ośrodkiem Wernickego, a ośrodkiem Broca, albo w ośrodku Broca — forma korowa, albo też niżej w torebce wewnętrznej — porażenie opuszkowe wrzekome, albo nareszcie w nerwach obwodowych lub w narządach mowy — forma podkorowa. Formy korowe cechują się brakiem obwodowych zmian chorobowych. I tu leczenie posługuje się wzrokiem i dotykiem przez pokazywanie dziecku ustawienia ust przy wymowie pojedynczych dźwięków i dając mu równocześnie uczuć wstrząśnienie powietrza, powstające przy mowie. Obraz dźwiękowy dla wyrazów u takich dzieci nie jest zdolny pobudzić ośrodka Broca, można natomiast to osiągnąć drogą wzrokowo-dotykową, jaką odbywa się także nauczanie mowy u głuchoniemych.

Czasem przyczyną takiej niemoty jest wstręt do mowy. Tu należy próbować metod psychologicznych dla zwalczenia tego wstrętu. W niemocie postaci porażenia opuszkowego wrzekomego należy starać się wyrobić mowę zapomocą ćwiczeń gimnastycznych mięśni mowy. Z chorób narządów obwodowych, będących przyczyną niemoty, znane jest oddawna rozszczepienie podniebienia.

Nareszcie istnieją formy czuciowo-ruchowe, t. j. niemota ze zmniejszonem zrozumieniem mowy.

Co do przyczyny tych form niemoty, to dokładna statystyka, przeprowadzona na klinice Urbantschitscha, wykazała, że w przypadkach ruchowych znajduje się w wywiadach bardzo często krzywica i ciężkie choroby narządu oddechowego, gdy u niemych słyszących czuciowych często drgawki i spóźniony rozwój mowy u przodków. Spira.

Pfeiffer. **Neosalwarsan w leczeniu miejscowem.** (Archiv Frankla. Tom 27, str. 337). Wybitny wpływ salwarsanu względnie neosalwarsanu na wszystkie krętki wogóle, naprowadził na myśl zewnętrznego stosowania rozczynu neosalwarsanu. W tym celu zaleca się rozczyn neosalwarsanu 2—3%, sporządzony zawsze świeżo z wodą, dla leczenia miejscowego tak zwanej »angina Vincenti«, dalej tak drugorzędnych, jak i pierwotnej zmiany kiłowej na błonie śluzowej, a nawet przy owrzodzeniach okresu trzeciego. Wreszcie zastosował Pf. leczenie miejscowe rozczynem neosalwarsanu w t. zw. »pyorrhoea alveolaris« i tu otrzymał również bardzo zachęcające wyniki. A. B.

Beck i Crowe. **Przyczynek do rozpoznawania zakrzepu zatoki.** (Monats. f. Ohrenh. 1912, str. 1549). Prawidłowo połączenie pomiędzy obiema wewnętrznemi żyłami jarzmowemi jest tak wydatne, iż zaciśnięcie jednej żyły nie wywołuje utrudnienia krążenia w żyłach na dnie oka. Gdy jednak obie żyły zostaną równocześnie ugniecione, to wkrótce zauważa się rozszerzenie żył siatkówkowych; jeżeli teraz ucisk po jednej stronie ustanie, to znów wyrównywa się krążenie i żyły, poprzednio rozszerzone, wracają do prawidłowej szerokości. Objaw ten zalecają autorowie zużytkować do rozpoznawania zakrzepu w zatoce, gdyż już lekki ucisk na zdrową żyłę jarzmową wywoła wyraźne nabrzmienie żył na dnie oka. Jedynie zawieść może ta próba przy jakiejś nieprawidłowości w krążeniu śródczaszkowem, albo przy zmianach chorobowych, które upośledzają odpływ krwi z mózgu. A. B.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie dnia 2. czerwca 1913 r.

Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. W. Lampego i p. J. Miłobędzkiej p. t. **Studya nad kurkuminą.** Przed trzema laty p. Miłobędzka, ś. p. prof. Stan. Kostanecki oraz Dr W. Lampe zaproponowali dla kurkuminy wzór, według którego naturalny ten barwnik byłby pochodną dwucynamoylometanu. Synteza tego ostatniego związku, stanowiąca główną treść przedstawionej obecnie pracy, jest jednem z ważnych ogniw, które może posłużyć do udowodnienia budowy kurkuminy. Posługując się opracowaną metodą syntetyczną, możliwe jest obecnie zbudowanie związku o wzorze, zaproponowanym dla barwika. Usiłowania, zdążające do osiągnięcia tego ostatecznego celu, zostały już podjęte.

(Treść kilkunastu innych prac, przedstawionych na posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek.«)

Posiedzenia naukowe lekarzy Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

VII. Posiedzenie z dnia 11. IV. 1913

Przewodniczy prof. Dr Dobrowolski. Obecnych 31.

1) Kol. Kostecki wygłosił referat: **Gruźlica u dzieci.** W dyskusyi przemawiał kol. Blay i referent.

2) Kol. Schröder przedstawił: a) przypadek **białaczki,** nie ustępującej pod wpływem leczenia benzolem i b) przypadek **niedokrwistości złośliwej** na tle kiły. Przemawiali koledzy: Walter, Rudzik, Tempka i Schröder.

3) Kol. Sikorski przedstawił przypadek **przewlekłego wgłobienia jelita.** Przypadek objaśnia prof. Rutkowski.

4) Kol. Tempka przedstawia jajowód wraz z zawartym w nim płodem, pochodzący z przypadku **ciąży zewnątrzmacicznej** i **ropniaka jajowodu,** uzyskanego na drodze operacyjnej.

5) Prymaryusz Dr Witaliński przedstawia przypadek **tęczówki torbieli.**

6) Kol. Walter przedstawiła a) przypadki **tocznia** (lupus vulgaris), leczone zapomocą wstrzykiwań »aurumkalium cyanatum«. W dyskusyi przemawiali prymaryusz Dr Borzęcki i Prof. Rutkowski, który stosował ten przetwór z wynikiem ujemnym w gruźlicy kości, stawów i narządu moczowego. b) Następnie przedstawia kol. Walter **wrzody miękkie** na wargach dużych i **na ścianie pochwy.**

VIII. posiedzenie z dnia 2. V. 1913.

Przewodniczy Dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 31.

1) Kol. Tempka wygłosił referat: **Ciała promieniotwórcze na usługach medycyny** (p. »Przegląd lekarski« 1913 Nr 23).

2) Kol. Walter przedstawia: a) **granulosis rubra nasi,** b) **sarcoma idiopathicum multiplex** (Caposi) Jadasson. W dyskusyi przemawiali Dr Pisarski i prym. Borzęcki.

3) Kol. Bobak przedstawia przypadek **moczówki prostej** u młodego chłopca i przypadek **rwy kulszowej,** leczonej zapomocą adrenaliny. W dyskusyi zabierali głos prym. Borzęcki, prof. Rutkowski i Pisarski.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadek **ciała obcego w cewce moczowej** u 40-letniego mężczyzny. Chory ten wprowadził sobie w celu masturbacyi kłos tymotki do cewki moczowej. Kłos znajdował się w tylnej części cewki; pomimo jego obecności zdołano zupełnie bez trudności wykonać cystoskopię. Ponieważ wydobycie tego ciała obcego przez cewkę drogą naturalną było niemożliwe, wykonano uretrotomię zewnętrzną. W dyskusyi przemawiał Dr Krzyszkowski.

XI. posiedzenie z d. 30. V. 1913.

Przewodniczy Dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 30.

1) Kol. Tempka wygłosił II część referatu: **Ciała promieniotwórcze na usługach medycyny.** W dyskusyi przemawiał prof. Rutkowski.

2) Kol. Glatzel wygłosił I część referatu: **Najnowsze sposoby rozpoznawania raka.**

3) Kol. Walter przedstawił przypadki: a) kiły dziedzicznej, b) 2 przypadki kilaków, leczone neosalwarsanem. W dyskusyi zabrał głos prof. Rutkowski.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadki z ambulatoryum urologicznego:

a) **Enuresis nocturna** u 7-letniego chłopca, leczona stosowaniem prądu faradycznego, z pomyślnym wynikiem.

b) Przypadek **feminizmu** u 21-letniego chłopca. Budowa kośćca i rozmieszczenie podściółki tłuszczowej takie, jak u kobiety; zupełny brak owłosienia na twarzy, pod pachami i na wzgórku łonowym. Prącie małe, jak u $1^1/_2$ rocznego chłopca, zupełny brak jąder. Badanie przez odbytnicę stwierdza także brak gruczołu krokowego. Brak popędu płciowego.

c) **Cystitis colli vesicae proliferans v. vegetativa,** 2 przypadki, w których ambulatoryjnie przyżegnięto w cystoskopie operacyjnym wyrośle polipowate, na zwieraczu się znajdujące. W obu przypadkach znaczna poprawa.

W dyskusyi przemawiali kol. Blay, Kostecki, Krzyszkowski.

5) Prof. Rutkowski przedstawia:

a) Przypadek **urazowego zwężenia cewki** w części błoniastej, w którym zastosował podaną przez Lexera metodę **przeszczepienia wyrostka robaczkowego** na miejsce wyciętej blizny w cewce. Zbliznowaciała cewka została wycięta na przestrzeni paru centymetrów; wyrostek robaczkowy u tego samego osobnika wycięto, a przedtem wypreparowano z otrzewnej, tak że przeszczepiono tylko błonę

śluzową i mięsną. Dla stworzenia lepszych warunków gojenia się założono przetokę nadłonową. Gojenie się postępowało dobrze. Po 5 tygodniach zarosła przetoka nadłonowa, a przez cewkę daje się z łatwością wprowadzić gruby cewnik metalowy.

2) Przypadek **wrodzonego wynicowania pęcherza** u 27-letniego mężczyzny, jeszcze nie operowany.

Sekretarka: Dr A. Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie

Posiedzenie kliniczne z dnia 15. IV. 1913.

1) T. Jaroszyński. **Rola wzruszenia w patologii.** Prelegent określa wzruszenie jako odczyn ustroju na nagłe zdarzenie, niespodziane dla osobnika, podczas którego powstaje krótkotrwałe zaburzenie równowagi strony fizycznej i psychicznej ustroju. Odczyn wzruszeniowy zależy w wysokim stopniu od rodzaju wzruszenia, oraz od indywidualnych właściwości osobnika; w każdym razie spostrzegamy tutaj różnorodne zaburzenia czynności ustrojowych. Pod wpływem wzruszenia ulega zmianie działalność narządów krążenia, mianowicie powstaje to przyspieszenie, to zwolnienie bicia serca (podmiotowo odczuwane jako »kołatanie, zamieranie w okolicy serca«); osłabienie czynności serca dochodzi niekiedy do zapadu (omdlenie), w innych znowu przypadkach ciśnienie krwi znacznie się wzmaga; powstaje również szereg objawów naczynioruchowych — bądź rozszerzenie, bądź zwężenie naczyń krwionośnych (rumieniec, bladość, t. zw. »uderzenie gorąca do głowy« i t. p.). Pod wpływem wzruszenia zmienia się również oddech (przyspieszenie lub zwolnienie), występują kurcze przepony brzusznej (stąd wzdychanie, ziewanie, czkawka nerwowa po przestrachu). W dziedzinie narządów trawienia wzruszenia wywołują utratę lub wzmożenie łaknienia, wymioty, biegunkę lub zaparcie. Mocz odchodzi to w zmniejszonej, to w zwiększonej ilości, czasem występuje »parcie na mocz«, niekiedy osobnik nie może go wcale oddać. Inne skutki wzruszeń są następujące: wzmożenie działalności gruczołów (łzotok, ślinotok, pocenie się, nasieniotok), kurcze mięśni gładkich (mięśni krtani, przełyku, żołądka, kiszek, pęcherza), drżenie mięśni prążkowanych (drżenie kończyn, drżenie mięśni mowy). Wszystkie te zmiany czynności ustrojowych są zależne prawdopodobnie od podrażnienia lub zahamowania układu nerwowego współczulnego. Dalej spostrzeganie kliniczne stwierdza, że pod wpływem wzruszeń powstaje szereg różnorodnych cierpień natury organicznej. Spostrzegane są np.: przerwanie miesiączkowania, ciąży; w miażdżycy tętnic możliwe jest pęknięcie naczynia pod wpływem wzmożonego ciśnienia krwi, co może wywołać nawet śmierć. Rola wzruszeń w powstawaniu samej miażdżycy (wzgl. presklerozy) jest również niewątpliwą. W dziedzinie chorób skórnych powstają obrzęki, przelotne wysypki (pokrzywka); opisane są przypadki łuszczycy po wzruszeniu, nagłego osiwienia, wyłysienia. Powstaje po wzruszeniach szereg chorób umysłowych, jak »splątanie psychiczne«, stany przygnębienia i pomieszania. Nader ważny jest wpływ wzruszeń na powstawanie chorób przemiany materyi (cukrzycy, choroby Basedowa). Wogóle pod wpływem wzruszeń powstaje albo wzmożenie, albo zahamowanie czynności gruczołów z wydzielaniem zewnętrznem, jak również wewnętrznem, wskutek czego powstaje samozatrucie ustroju. Prelegent omówił bliżej znaczenie wzruszeń w powstawaniu nerwic, podkreślając tu rolę wzruszeń ujemnych, przygnębiających. Wzruszenia przykre łączą się z zahamowaniem wszelkich czynności ustrojowych, przyjemne — z wzrostem ich produkcyjności. W histeryi wzruszenia wywołują objawy zewnętrzne pośrednio, przez suggestyę, która jest cechą pochodną, wywołaną przez podświadome urazy wzruszeniowe. W neurastenii wzruszenia przygnębiające wywołują dwa szeregi objawów: fizyczne (odczyny fizyologiczne, samozatrucie, znieczulenia ustrojowe), oraz psychiczne (przygnębienie, niepokój), z których współdziałania powstaje chorobliwa samoobserwacya i hipochondrya. Wreszcie prelegent omówił znaczenie wzruszeń przyjemnych, pobudzających, w leczeniu rozmaitych cierpień, przeważnie nerwic, nie odrzucając potrzeby stosowania środków wewnętrznych i zabiegów fizycznych, które atoli powinny być zalecane pod kątem działania wzruszeń dodatnich, mianowicie nadziei i wiary w wyzdrowienie.

W dyskusyi a) St. Kopczyński podkreśla następujące punkty: 1) Jeżeli pod wzruszeniem rozumieć będziemy zgodnie z Janetem brak przystosowania ustroju do celowego odczynu na bodźce nadzwyczajne i powstałe stąd zakłócenia równowagi fizyologicznej w ustroju, to usposobienie neuropatyczne, na które ma działać owo wzruszenie, aby wywoływać nerwice, właśnie polega na łatwości zakłócenia równowagi fizyologicznej; a więc usposobienie neuropatyczne, a »wzruszeniowość« (l'état emotif) jest jedno i to samo. 2) Cały szereg nerwic t. zw. ruchowych, uważanych dawniej za histeryczne, musimy uważać za przedłużony odczyn wzruszeniowy; odbywa się on poniżej kory mózgowej, w obrębie zwojów szarej istoty opuszki i nerwu błędnego, zwojów automatycznych nerwu współczulnego, nie podlega przeto suggestyi i powinien być leczony nie na tej drodze. 3) Fakty klinicznie niewątpliwe zmuszają nas do przyjęcia, że uraz wywołuje zaburzenia w wydzielaniu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, zapewne przez wpływ nerwu współczulnego, a stąd szereg zaburzeń wtórnych ruchowo-czuciowo-wydzielniczych (np. choroba Basedowa, przypadki wczesnej choroby Parkinsona).

b) T. Łapiński zaznacza, że sprawa powstawania wzruszeń i rola tych wzruszeń w patologii nie jest jeszcze ustalona i nie jest tak prosta, jak to przedstawił prelegent. Również pobieżnie omówił prelegent rolę usposobienia odziedziczonego lub nabytego. Co do miażdżycy, to powstaje ona u jednostek usposobionych, przytem zwykle w grę wchodzi cały szereg czynników (zatrucie, przepracowanie i t. p.); jeśliby wzruszenie rzeczywiście odgrywało rolę wybitną w powstawaniu miażdżycy, to czemu na miażdżycę cierpi względnie tak mało kobiet, które przecież stanowią podatny materyał dla wzruszeń. Ł. nie sądzi, aby samo wzruszenie bez usposobienia mogło być przyczyną psychozy; wogóle nadawanie wzruszeniu wielkiej wagi w powstawaniu chorób umysłowych uważa Ł. za anachronizm. Ł. nie wierzy również w uleczalność histeryi, oraz nie rozumie, dlaczego prelegent zabrania podawać histeryczkom soli bromowych. W leczeniu histeryi, zdaniem Ł., należy przedewszystkiem dążyć do stworzenia u danej osoby takiej idei, którąby dzięki swej mocy trzymała na uwięzi i nie pozwalała wyładowywać się rozmaitym kompleksom szkodliwym.

c) Pawiński zaznacza, że na 1075 przypadków miażdżycy tętnic wieńcowych u mężczyzn w 144 przypadkach (13,3%) spostrzegał jako przyczynę wzruszenia, z tych na same wzruszenia przypada 50 przypadków (4,6%), przypadków zaś, w których oprócz wzruszeń wchodziły w grę inne czynniki szkodliwe (wyskok, nikotyna), było 94 (8,7%). W stwardnieniu innych naczyń wzruszenia odgrywają mniejszą rolę; na 2081 przypadków przyczyną było wzruszenie w 129 przypadkach (6%). U kobiet, na 224 przypadki stwardnienia tętnic wieńcowych, wzruszenia jako przyczynę spostrzegał w 32 przypadkach (14,2%), z tych na czynniki złożone przypada tylko 7 (3,1%), a więc wzruszenia odgrywają jeszcze ważniejszą rolę w etyologii dusznicy bolesnej u kobiet, niż u mężczyzn. W stwardnieniu innych naczyń u kobiet na 943 przypadki wzruszenie było czynnikiem etyologicznym w 76 przypadkach (8%), a więc i w tej dziedzinie czynniki moralne ważniejsze miejsce zajmują u kobiet, niż u mężczyzn.

d) Rychliński zasadniczo różni się z prelegentem w pojmowaniu histeryi i zarzuca mu, że nie określił bliżej

pojęcia usposobienia neuropatycznego; wreszcie mówił R. o psychoterapii.

e) Edward Zieliński podnosi, że suggestyjność stanowi właściwość każdego człowieka, u neuropatów jest ona tylko spotęgowana.

f) Jaroszyński w odpowiedzi zaznacza, że wzruszenie nie może być uważane tylko za przydźwięk uczuciowy spraw poznawczych, lecz jest zgoła odrębną sprawą psychiczną. Usposobienie neuropatyczne oznacza to, co nazywamy »nerwowością«, a co w języku naukowym można oznaczyć, jako »wzruszeniowość«, podatność do wzruszeń. Od suggestyjności zwykłej, właściwej wszystkim prawie ludziom, należy odróżnić suggestyjność patologiczną, którą należy leczyć, i właśnie leczenie histeryi polega na usuwaniu tej suggestyjności patologicznej. Działanie wzruszenia jest nader złożone, podobnie jak innych czynników chorobotwórczych (np. bakteryi). Co do powstawania psychoz po wzruszeniach, to prelegent nie zgadza się z Łapińskim, gdyż na to wskazuje obserwacya codzienna (psychozy więzienne, podczas wojny, po katastrofach).

2) Wojciechowski przedstawił nowy **kolorymetr Helliga,** który określa dokładnie i szybko zawartość ilościową rozmaitych związków chemicznych w rozczynach (moczu, krwi).

3) Świętochowski: **O mikrosfigmografii.** Prelegent przedstawił nowy sposób sfigmografowania, różniący się pod każdym względem od metod dotychczasowych. W przyrządzie prelegenta powierzchnia tętnicy falującej daje tylko wskazówkę, którą podejmuje odpowiednio do wielkości drgania dostosowany mikrofon i przenosi siłą elektryczności na aparat zapisujący. Bezwzględną wyższość tego sposobu prelegent upatruje: 1) w uniknięciu swoistych drgań części samego przyrządu; 2) w umieszczeniu go opodal od chorego; 3) w nadzwyczajnej, dającej się regulować czułości przyrządu; 4) w możności rysowania na stoliku tylko pewnej części fali, zwłaszcza wierzchołków i podstawy, co wskazuje nieraz na nierównomierność co do siły poszczególnych skurczów serca u osób nawet pozornie zdrowych; 5) w wielkiej łatwości stosowania przyrządu.

W dyskusyi a) Pawiński podnosi zalety przyrządu Świętochowskiego. Zwraca uwagę, że dla celów klinicznych naukowych nieodzowne jest kreślenie fal żylnych jednocześnie z falami tętna i uderzeniami serca; z tego powodu byłoby pożądane uzupełnienie przyrządu tak, aby na jednym papierze można było otrzymać jednocześnie sfigmogram, kardyogram i flebogram. — b) Rzętkowski zwraca uwagę, że jeśli receptor mocniej przykręcić do tętnicy, to i w przedstawionym przyrządzie można otrzymać różne wyniki, i wątpi, czy tę wadę wogóle da się usunąć. Zapytuje, czy igła nie za bardzo skacze i przez to nie doprowadza do fałszywych wniosków. Wreszcie R. podnosi niezaprzeczone zalety mikrosfigmografu i rokuje mu wielką przyszłość. — c) Chłapowski (z Poznania) proponuje zmienić nazwę przyrządu na sfigmotelegraf lub elektrosfigmograf. — d) Świętochowski w odpowiedzi wyjaśnia, że otrzymywanie flebogramu wobec nadzwyczajnej czułości przyrządu nie przedstawia żadnej zgoła trudności, a zależy jedynie od odpowiedniego ustawienia. Drążek zapisujący jest zupełnie pozbawiony swoistych drgań, gdyż jest złączony z kolistą błoną, mocno przytwierdzoną, a błona taka drgań owych nie posiada.

Dr T. Borzęcki.

Sprostowanie. W sprawozdaniu z posiedzenia Towarzystwa lek. Częstochowskiego na str. 387, szp. I, wiersz 13 od góry, czytaj: »Rzecz drukowana w Nrze 22 i 23 »Gazety lek.« r. 1913«, a wiersz 20 od góry zamiast »gruźlica pozorna« czytaj: »gruźlica poronna«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 25. VI. b. r. posiedzenie, na którem prof. Krzyształowicz, Dr Landau i Rogalski przedstawili chorych. W dyskusyi przemawiali prócz prelegentów prym. Borzęcki, Dr Blassberg, prof. Kader, doc. Mazurkiewicz, Dr Rosenhauch, doc. Seńkowski, Dr Steuermark.

— Ogólne zebranie lekarzy krakowskich, zwołane przez prezydya Izby lekarskiej, Związku lekarzy i Towarzystwa lekarskiego w d. 20. VI. 1913, uchwaliło przy najbliższych wyborach do Sejmu głosować na tych kandydatów, którzy zobowiążą się przy zamierzonej reformie wyborczej sejmowej walczyć o zapewnienie należytej stałej reprezentacyi sanitarnych interesów ludności w Sejmie, a to przez przyznanie obu Izbom lekarskim galicyjskim prawa wyboru po jednym pośle na Sejm.

— »Tygodnik lekarski« (Nr 25) donosi, że utworzenie »Towarzystwa internistów polskich« uchwalone przez I Zjazd internistów polskich odbyty w Krakowie, zbliża się do urzeczywistnienia. Komitet lwowski opracował projekt statutu tego Towarzystwa i regulaminu jego zjazdów, a uzyskawszy zgodę na projekt w rozmaitych ogniskach naukowych polskich, rozpoczął prace przygotowawcze do II Zjazdu internistów polskich. Zjazd ten ma się odbyć we Lwowie w drugiej połowie lipca 1914.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Jan Nakonieczny, rodem z Lublina.

— Zarząd Biblioteki Towarzystwa lekarskiego składa WPanu Dr Janowi Bielawskiemu z Krakowa serdeczne podziękowanie za czasopisma i dzieła bibliotece ofiarowane.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 15. VI. do 21. VI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (obcych 2 † —), krztuśca 10 † 1, ospy wietrznej 1, płonicy 3 † 3 (3 † —), odry 30 † 1, duru brzusznego 3 † 1, czerwonki 1, róży 3 † 2.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Towarzystwo naukowe Warszawskie ogłasza konkurs na urząd asystenta przy pracowni serologicznej, wakujący od 1. lipca r. b. Wymagany jest stopień lekarza lub doktora medycyny. Pensya rb. 80 miesięcznie w pierwszym roku, w następnych rb. 100 miesięcznie. Curriculum vitae, spis prac oraz ich odbitki nadsyłać należy do Towarzystwa naukowego Warszawskiego — Warszawa, Kaliksta 8.

— Warszawskie Towarzystwo opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi, założone przez 12 laty przez Dr K. Rychlińskiego, pomieściło w swym Zakładzie w Drewnicy w r. 1912 291 chorych umysłowo przez 71344 dni, a w Sanatoryum dla nerwowych w Karolinie, istniejącem od $1^1/_2$ roku, leczyło 213 osób przez 11533 dni. Budżety obu zakładów zamknięto w r. 1912 deficytem 740 i 2016 rubli. Towarzystwo liczy 288 członków. (Gaz. lek. 24).

— Znakomite dzieło Dr Alfreda Sokołowskiego: »Choroby opłucnej, śródpiersia oraz gruźlica płuc« wyszło w tłomaczeniu rosyjskiem.

— »Medycyna i Kronika lekarska« (Nr 24) pomieściła listę stałych sprawozdawców z polskiego piśmiennictwa lekarskiego do czasopism obcych, zestawioną przez »Przegląd lekarski«. Może za tym przykładem pójdą i inne nasze czasopisma, co byłoby rzeczą pożądaną.

Z różnych stron. Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu ogłasza następujące zawiadomienie: »W roku 1913/4 zostało na Wydziale matematycznym uniwersytetu petersburskiego ustanowione stypendyum ś. p. Jana Ptaszyckiego dla Polaka, oddającego się studyom matematycznym. Stypendyum (400 rs.) będzie wydawane przez ciąg lat kilku na czas studyów w razie pracowitego sprawowania się stypendysty przez Radę Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu. Bliższych informacyi udziela Rada Związku. (Adres: Petersburg, Ognisko polskie, ul. Troickaja, Nr 13. Dla Rady Związku polskiego lek. i przyr. w Petersburgu).

Prosimy inne pisma polskie o łaskawe przedrukowanie niniejszego zawiadomienia.

J. Ziemacki, prezes Związku«.

— Szkic p. t. »Medycyna polska w dobie ostatniej«, ogłoszony w r. z. przez prof. Dr Ciechanowskiego w »Przeglądzie polskim«, wyszedł w tłomaczeniu czeskiem w »Časopisie lekařův českých« (Nr 24—26).

Zmarli: pedyatra Prof. Kassowitz w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1913.

Gazeta lek. Nr 22—25.: Rozenfeld: O znaczeniu osłabionego oddechu pęcherzykowego w szczytach płucnych w rozpoznawaniu gruźlicy (22—23). — Blay (dok. 22). — Kr.: Ś. p. prof. A. Bochenek (23). — Jaworski: Ś. p. Józef Czajkowski (23). — Dzierzgowski: W sprawie trwałości uodpornienia czynnego przeciw błonicy w ustroju zwierzęcym (23—24). — Łapiński: Listy z podróży (22—24). — Lubieniecki: O częstości tętna w niemiarowości tegoż stałej (24). — Moraczewski: Ilość indolu, otrzymywana przy sztucznem trawieniu i gniciu różnych rodzajów białek (25—26). — Rząśnicki: Przypadek zimnicy podzwrotnikowej (25).

Medycyna i Kronika lek. Nr 22—25.: Wasserthal: O adsorbcyi fermentów żołądka i kiszek przez różne proszki, używane w lecznictwie (22). — Grudziński: (dok. 22—23). — Wrzosek-Zawadzki: W sprawie oceny językowej książek naukowych (22).— Rejchman: Znaczenie rozpoznawcze bolu w chorobach narządu trawienia (23—24). — Gantz: O usuwaniu ciał obcych z przełyku (24—25). — Biegański: Przypadek wzrostu olbrzymiego u 14-letniego chłopca (25).

Tygodnik lek. Nr 22—25.: Wolf: Szew tętnic (22). — Skórczewski i Sohn: O wpływie leczenia radem na przemianę materyi u dnawych (22—23). — Kozłowski: Alkoholowe rękawiczki operacyjne (23). — Steising: O przyrodzie zaczynu czynnego przy odczynie Abderhaldena (24). — Heschelesówna: W sprawie cukrzycy u dzieci (24—25). — Rosmarin: O działaniu cholewalu w rzeżączce (25).

Nowiny lekarskie. Nr 6.: Neugebauer: Przypadek porodu 5 lat po zachowawczem operacyjnem wyleczeniu porodowego wynicowania macicy sposobem Piccoliego. — Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. — Serszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów. — Serkowski: Opsoniny i bakteryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta.

Lekarz wileński Nr 5.: Dzierżyński: Przyczynek do nauki o zanikach mięśniowych pochodzenia odruchowego i mięśniowego. — Hertz Stefania: W sprawie szpitali wileńskich. — I. B.: Udział Wilna w wystawie higienicznej w Petersburgu. — Boguszewski: List z Wiednia. — Historica: »Artyści sztuki aptekarskiej«.

Rocznik lekarski Tom III. Zeszyt I.: Kleczkowski: Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. — Jaroszyński: Przyczynek do nauki o psychonerwicach.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zeszyt III. Tomu VIII: Goldman A. I.: Przyczynek do wolnego przeszczepiania powięzi. — Pietkiewicz M.: Wady wrodzone układu moczowego u kobiet.

Postęp okulist. Nr 4. K. Noiszewski i Fr. Grodecki: Wypadek gruźlicy spojówki. — Wicherkiewicz: 1) Niezwykła zmiana refrakcyi po operacyi torbieli rogówko-twardówkowej. 2) Ropień pozagałkowy. 3) Tuberkuliczne zapalenie oka, wywołane ciałem obcem.

Kronika dentyst. Nr 6.: Zwierzchowski (c. d.).—Zawidzki (c. d.).

Zdrowie Nr 6.: Ciechanowski: Kolonie wakacyjne szkół średnich w Galicyi. — Sikorski: Zwalczanie plagi kurzu i dymu w miastach. — Gliński: Sprawozdanie lekarskie z działalności leczniczej Nałęczowa za r. 1911/12.

Przegląd higieniczny Nr 6.: Popielska: Moralne znaczenie gier ruchowych w wykształceniu fizycznem.

Słowo lek. Nr. 10—11: Styryjska Izba lekarska rozwiązała się! — »Bełz«. — »Drohowyże«. — Ciekawy proces lekarzy o obrazę czci, — Kaczyński: Dyety za tłumienie zarazy, za ochronne szczepienie ospy, oraz taksa zwana kilometrowem. — W sprawie organizacyi lekarzy we Lwowie i w Galicyi wschodniej.— Ciechanowski: Stan sanitarny Galicyi w świetle sprawozdań Krajowej Rady zdrowia za lata 1908 i 1909. — Stan szpitali krajowych i powszechnych w Galicyi w r. 1911/12.

Głos lekarzy Nr 11—12: Mikołajski: Bojkotowanie sądu przez znawców. — Projekt deontologii lekarzy zdrojowych. — Uprawa ziół lekarskich. — Ustawa o zapobieganiu chorobom przenośnym. — Skórski: W sprawie bojkotowania sądu. — Makarewicz: Sądy a znawcy-lekarze. — Mikołajski: Zniżka honoraryów lekarskich w zdrojowiskach. — Krajowe Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża w Galicyi. — Ankieta w sprawie organizacyi opieki nad umysłowo chorymi.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 4: Lewicki: Balneografia polska w XVI. stuleciu.

Nasze Zdroje. Nr 11—12. O przedstawicielstwo zdrojowisk w Sejmie krajowym. — Tarnawski (dok.). — J. B.: Obrót pieniężny w naszych zdrojowiskach i uzdrowiskach. — Marchlewski: W sprawie ujmowania źródeł mineralnych. — Głos lekarzy z Warszawy. — Klęsk: Dyeta w zdrojowiskach. — Przedstawicielstwo zdrojowisk galicyjskich w Wilnie. — Deficyt w Karlsbadzie. — Pawilon Związku zdrojowisk na Wystawie kijowskiej.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dnia 2. lipca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Glinki: Demonstracya preparatu. 2) Demonstracye chorych z oddziału prof. Rutkowskiego, 3) Prof. Krzyształowicz: Przemiana materyi a choroby skórne.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Arhovin. Dr Fritz Ehrl. W sprawie łeczenia wiewióra (Wiener medic. Wochenschrift, Nr 4, 1913). Jeżeli uprzytomnimy sobie normalny przebieg zakażenia gonokokowego w przypadkach niepowikłanych, to jest jasnem, że żywotność gonokoków po pierwszem gwałtownem zadziałaniu na zajęte błony śluzowe po paru dniach łagodnieje, czem więcej czasu spokojnego tkankom pozostawiamy. Ostre objawy zapalne widocznie ustępują i nie da się zapoznać skłonność odtwórcza. W tym okresie ograniczyć proces przez wstrzykiwania uda się chyba w bardzo rzadkich przypadkach. Znacznie częściej przyniesie się szkodę przez zbytnią interwencyę. Natomiast jest zrozumiałem, że skłonność organizmu do samowyleczenia się można wesprzeć, jeżeli się do moczu drogą przez nerki domiesza substancye chemiczne, które niezbicie działają szkodliwie na gonokoki a zarazem łagodzą zadrażnienie schorzałej błony śluzowej. Taka substancya według doświadczeń autora istnieje. Jest nią arhowina, produkt diphenylaminu, thymolu i esterowanego kwasu bendźwinowego. Przetwór ten podaje się wygodnie w kapsułkach. Autor nie widział ani razu najmniejszego szkodliwego lub uciążliwego działania ubocznego przy zażywaniu arhoviny. Po zażyciu kilku kapsułek następuje wybitna poprawa dolegliwości przy oddawaniu moczu. wskazująca na przeciwzapalne działanie arhowiny. Bóle przy oddawaniu moczu uspokajają się, aby po niewielu dniach, często już po dwu, ustać zupełnie. Gęsta śmietanowata wydzielina ropna zmniejsza się wybitnie, parcie na mocz znika, cały przebieg wiewióra staje się łagodniejszym, wzwody, tak uciążliwe dla chorego, często ustępują, a gdy po ustąpieniu najostrzejszych objawów zacznie się leczenie miejscowe posiadamy w arhowinie, którą autor obok leczenia wstrzykiwaniami zawsze jeszcze przez kilka tygodni dalej zażywać poleca, odpowiedni środek, aby niedające się uniknąć podrażnienie wynikające ze wstrzykiwań z jego podmiotowo nieprzyjemnemi działaniami zupełnie usunąć.

Hr. W.

Firma E. Merck, Darmstadt, wydała, jak corocznie, zestawienie nowości w zakresie farmakoterapii i farmacyi. Sprawozdanie ostatnie z kwietnia 1913 stanowi spory tom, obejmujący 564 stronic. Opracowanie poważne, z uwzględnieniem strony klinicznej i odnośnego piśmiennictwa.

Mk. W.